THESE INAUGURAL

DE

Antonio Ferreira da Costa

1910

These

Faculdade de Medicina da Bahia

THESE

APRESENTADA

Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 31 de Outubro de 1910

PARA SER DEFENDIDA

POR

Antonio Ferreira da Costa

Pharmaceutico por esta Faculdade e interno de Clinica Cirurgica

NATURAL DO ESTADO DA BAHIA

Filho legitimo de Livino Ferreira da Costa e D. Idalina de Almeida Costa

AFIM DE OBTER O GRÁO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

Tratamento da Hernia Iguinal

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas

BAHIA

Typ. do Salvador—Cathedral

1910

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Director—Dr. AUGUSTO C. VIANNA

Vice-Director—Dr. MANOEL JOSE' DE ARAUJO

LENTES CATHEDRATICOS

OS DRS.	MATERIAS QUE LECCIONAM
	1.ª SECÇÃO
Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva.
Carlos Freitas	Anatomia medico-cirurgica.
	2.ª
Antonio Pacifico Pereira	Histologia normal.
Augusto C. Vianna	Bacteriologia.
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e Physiologia pathologicas.
	3.ª
Manoel José de Araujo	Physiologia.
José Eduardo F. de Carvalho Filho	Therapeutica.
	4.ª
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene.
Josino Correia Cotias	Medicina legal e Toxicologia.
	5.ª
Antonino Baptista dos Anjos . . .	Pathologia cirurgica
Fortunato Augusto da Silva Junior	Operações e apparelhos.
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica 1.ª cadeira.
Braz Hermenegildo do Amaral . . .	Clinica cirurgica 2.ª cadeira.
	6.ª
Aurelio R. Vianna	Pathologia medica.
João Americo Garcez Froes . . .	Clinica Propedeutica.
Anisio Circundes de Carvalho . . .	Clinica Medica 1.ª cadeira
Francisco Braulio Pereira	Clinica Medica 2.ª cadeira
	7.ª
A. Victorio de Araujo Falcão . . .	Materia medica, Pharmacologia e arte de Formular
José Rodrigues da Costa Dorea . .	Historia natural medica.
José Olympio de Azevedo	Chimica Medica.
	8.ª
Deocleciano Ramos	Obstetricia.
Climerio Cardoso de Oliveira . . .	Clinica obstetrica e gynecologica.
	9.ª
Frederico de Castro Rebello . . .	Clinica pediatrica.
	10.ª
Francisco dos Santos Pereira . . .	Clinica ophtalmologica.
	11.ª
Alexandre E. de Castro Cerqueira .	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
	12.ª
Luiz Pinto de Carvalho	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas
João E. de Castro Cerqueira . . . Sebastião Cardoso	Em disponibilidade.

LENTES SUBSTITUTOS

OS DOUTORES

José Affonso de Carvalho . .	1.ª	Pedro da Luz Carrascosa e . .	7.ª
Gonçalo Moniz Sodré de Aragão .	2.ª	J. J. de Calasans	7.ª
Julio Sergio Palma	2.ª	J. Adeodato de Souza	8.ª
Pedro Luiz Celestino	3.ª	Alfredo Ferreira de Magalhães .	9.ª
Oscar Freire de Carvalho . .	4.ª	Clodoaldo de Andrade	10.
Caio O. F. de Moura	5.ª	Albino Leitão	11.
Clementino da Rocha Fraga . .	6.ª	Mario Leal	12.

Secretario—Dr. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES

Sub-Secretario Dr. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seus auctores

DISSERTAÇÃO

Tratamento da hernia inguinal

CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

CAPITULO I

Historico

O tratamento das hernias, muito principalmente da hernia inguinal, tem desde epochas muito remotas, attrahido a attenção dos cirurgiões que, por seus esforços e perseverança, muito têm contribuido para tornal-o o mais completo e seguro que é possivel.

Já Moysés no Deuterimonio cap. XXII dizia: O quebrado de quebradura e o castrado, não entrarão na congregação de Jehovah.

Encontra-se tambem no Levitico cap, XXI: não poderão entrar no sanctuario: os corcovados, os que tiverem empigens, e os que trouxerem quebraduras. Narra Tito Livio que Marcio Servilio mostrando um dia ao povo feridas recebidas pela frente a serviço da patria, deixou ver por descuido uma hernia; somente por isso foi acolhido com risos zombeteiros.

Razão pela qual, os antigos não vacillavam em supprimir uma hernia, por isso que não somente consideravam como uma deformidade, como tambem os tornava escarnecidos e repudiados pelos seus semelhantes.

Cabe a CELSO a gloria de ser o inventor de um processo operatorio curativo das hernias.

Adepto da intervenção cirurgica, comtudo era de opinião que somente deviam ser operados os individuos moços e robustos, e exclusivamente os portadores de hernias inguinaes ou umbelicaes pequenas, não dolorosas, e não estranguladas.

ORIBIASE reseccava o sacco depois de havel-o dissecado e torcido, tendo porem a precaução de conservar o testiculo.

AETIUS, no V seculo, pensava do mesmo modo.

PAUL D'EGINE, procedia a castracção, considerando esta operação como meio de cura radical: meio que, segundo diz BOUSIEZ, constitue uma das mais graves censuras que se pode fazer aos antigos methodos de cura radical.

Os Arabes no X seculo, seguiam as pegadas de PAUL D'EGINE.

Os Arabistas no seculo XII, e as escolas de Salerno e de Paris, no seculo VIII, praticavam tambem a castracção.

GUY DE CHAULIAC, emerito cirurgião daquella epocha, considerava defficientes e improficuos todos os processos que não tinham em mira a castracção. E' por este tempo que começa a ser empregado o *point doré*, o qual tinha por fim obliterar o sacco, respeitando o cordão.

No XV seculo, não obstante as operações de cura radical estarem em voga, os cirurgiões faziam uso das fundas,

não somente para obter a cura radical, como tambem para contenção das hernias reduzidas.

Verdade é que já AVINCENNE no X seculo, tinha imaginado *a pelote plate*, accrescentando Constantino um seculo mais tarde, um *ecusson* metalico.

No seculo XV renunciam a cura operatoria ARCOLANUS, MARCOS GOTÉNARIOS e outros. Não obstante, a castracção era praticada em larga escala pelos charlatães, os quaes fundaram a celebre Dynastia Norzino, chefiada por PEDRO DE NORSIO.

Alguns auctores narram, que um destes charlatães, fazia dos testiculos dos seus operados o manjar predilecto de seus cães.

No seculo XVI, ainda estava muito em moda a castracção, não obstante muitos cirurgiões terem-n'a renunciado. Relata FABRICIO D'AQUAPENDENTE, ter existido um NORSINE chamado *Horacio de Norsio*, que somente em um anno praticou 200, castracções.

O mesmo FABRICIO D'AAQUAPENDENTE dizia : A operação de hernia é tão horrivel e perigosa que muitos não sobrevivem a ella ; e quando sobrevivem, morrem de suas consequencias.

Quando o cirurgião tenta esta operação, diz ainda elle, deve considerar o operado como morto. Com a Renascença já a cirurgia de então era cheia de conquistas e de glorias, se fazendo sentir a sua influencia

benefica sobre todos os ramos dos conhecimentos humanos, contribuindo para isto o prestigio de grandes estadistas, taes como: Richelieu Colbet e outros, despertando em todos o enthusiasmo pelas grandes causas.

Por este tempo PARÉ E FRANCO não operaram todos as hernias, pois desapparecera o antigo preconceito da indecencia das hernias: e tendo inventado Franco desbridar a hernia estrangulada livrou da morte quasi que inevitavel a que estavam rotados, os individuos que eram victima deste accidente.

Procuravam PARÉ E FRANCO, fazer uma alteração no *point doré*, de modo a comprehender na ligadura somente o sacco; mas, como nem sempre isto se podia fazer, PARÉ inventa a sutura real, tão acceita naquelle tempo.

Faz-se esta sutura do seguinte modo; reduzidas as visceras herniadas, o cirurgião procede uma sutura dupla em serzidura, parallela ao eixo do sacco, sem tocar no cordão DIONISIO fazia opposição a qualquer tentativa operatoria, mui principalmente á castracção.

Apezar disto, continuaram no XVIII seculo as operações radicaes, não obstante BOURSIER dizer que a importancia das fundas augmentava assim como o tratamento pelos remedios secretos, dos quaes o mais importante era o remedio do Rei, comprado ao prior de Cabriéres por LUIZ XV.

Por esta mesma occasião, LITTRE JOHN inventa, em tudo censuravel, um processo, consistindo em fazer escarificações com o acido sulfurico no annel herniario e no collo do sacco.

No XVIII seculo, em que os cirurgiões dão grande impulso ao estudo das hernias, a cura operatoria foi substituida pela funda, até que, em 1763 LEQUIN, com o invento das fundas elasticas, deitou por terra a cura operatoria, não obstante os protestos energicos de THEVENIN e LAVIARD, cirurgiões notaveis tambem d'aquella epocha.

RECLUS, assim se exprime de referencia a cura operatoria: os revezes eram tão frequentes, as catastrophes tão lamentaveis, contam-se tão poucos successos, a custa de tão grandes mutilações, que o emprego da funda e o seu aperfeiçoamento, deram um golpe tremendo nas tentativas de cura radical.

DIONISIO, que tanto se occupara com o processo de sutura real, vem apoiando o invento de LEQUIN, recomendando o emprego de suas fundas, addicionando a estas emplastros adestringentes. Em 1774, GAUTHIER empregou como meio de cura radical a cauterisação directa do annel herniario, processo este que cahiu logo em desuso.

DESAULT, no começo do seculo, passado, empregava a ligadura, somente porem para a hernia umbelical.

Por esta occasião, a operação foi completamente abandonada.

Diz Scarpa em suas memorias anatomicas e cirurgicas sobre as hernias, de referencia as fundas; quando nos lembramos que os antigos operavam as hernias não estranguladas, e que com o fim inutil de prevenir qualquer recediva faziam a extirpação do testiculo transformando assim uma simples enfermidade n'uma molestia das mais perigosas: quando comparamos estas operações crueis, com o tratamento suave e racional dos modernos, que reservando a operação para as hernias estranguladas, curam ou tornam supportaveis as que não se podem curar pelos meios mecanicos faceis, deve-se convir que a invenção ou o aperfeiçoamento das fundas, é um dos maiores beneficios da cirurgia moderna.

Gerdy, em 1735, de novo intenta a cura radical com um processo de invaginação do scroto. O processo de Gerdy soffreu grandes censuras: surgiram estudos sobre o assumpto, dominando esta questão por algum tempo os espiritos.

Velpeau, em 1837, começou a fazer injecções irritantes no sacco, tratamento este que foi logo abandonado, sendo substituido pelas injecções periherniarias, inventadas por Luton e acceitas com algumas modificações pelos allemães Wood em 1868, tentou uma nova

modificação no processo de GERDY, conseguindo operar 300 individuos.

Depois da morte de Gerdy, seu processo foi abandonado, e com elle todos aquelles que o delle servira de typo, persistindo apenas o de WOOD.

Por algum tempo, a cura radical cahiu no esquecimento, empregando somente os cirurgiões os processos de WOOD e as injecções periherniarias.

Com a descoberta de PASTEUR, novos horizontes se rasgam.

A asepsia e a anti-sepsia veem prestar grande auxilio á cirurgia, muito contribuindo para isto tambem a pratica do curativo de LISTER.

Por este tempo os cirurgiões, a exemplo de CELSO e de PETIT atacando directamente o sacco por meio de processos sangrentos, recorrem de novo a pratica das operações sangrentas, acceitas a principio na Allemanha, depois na Suissa e na França.

STULE foi o primeiro que, em 1837, abriu a cavidade do sacco: porem deve-se aos trabalhos de RUSCEL, SHEEDE, NUSSBAUM, CZERIDA, na Allemanha; SOCINE REVERDIN na Suissa; LUCAS CHAMPIONNIÈRE, na França; a entrada definitiva desta operação no dominio da pratica.

A LUCAS CHAMFIONNIÈRE cabe o merito de ter sido o inventor de um processo de cura radical, o qual tem dado bellos resultados na pratica.

SEGOND, em sua these de concurso, em 1883, diz que só encontrou na França cinco operados; sendo que quatro operados de LUCAS CHAMPIONNIÈRE, seguidos todos de cura.

Em 1886 LUCAS CHAMPIONNIÈRE publicou um trabalho sobre a cura radical das hernias estranguladas, havendo grande acceitação a operação moderna, depois de grandes discussões travadas na Sociedade e no Congresso de Cirurgia, em 1887 e em 1888, achando-se por esta epocha dignamente representado o Brasil pelo sabio professor VISCONDE DE SABOYA.

Muito se empenharam tambem para o bom exito da cura radical na Inglaterra, os illustres cirurgiões BAKER, BANKS e outros.

Em 1889, o notavel cirurgião BASSINI põe em pratica o seu methodo de cura radical, o qual tem dado magnificos resultados.

Ultimamente teem apparecido trabalhos sobre a cura radical das hernias, os quaes em sua maioria, giram em torno dos magnificos processos de Bassini e Lucas Championnière.

FOURNEL, adepto de Bassini, publicou em 1900, um trabalho sobre este assumpto, o mesmo fazendo em 1904 o notavel cirurgião ROCHARD.

O visconde de SABOYA, em sua obra publicada em 1897, reclama para si a primazia da pratica da cura ra-

dical das hernias entre nós, visto como foi elle quem em 1861 praticou no Hospital de Mizericordia do Rio de Janeiro, a primeira operação da cura radical pelo processo de Wood, o qual estava em voga, não obstante não ter conseguido o fim desejado, pois o doente falleceu pouco depois da intervenção.

Em agosto de 1889, praticou elle de novo a operação de cura radical pelo processo de Lucas Campionnière com brilhante exito, effectuando até 1890 doze operações pelo mesmo processo com os melhores resultados.

Como elle praticam a operação de cura radical no Rio de Janeiro notaveis cirurgiões taes como: Domingos de Góes, Marcos Calvacanti, Paes Leme, Alvaro Ramos, José Bulcão, Daniel de Almeida, Bulhões, Augusto Hygino, Fernando Vaz, os quaes obtiveram bellissimos resultados.

Entre nós, vae sendo empregada com bons resultados a cura radical da hernia por estes processos, com bons resultados, muito contribuindo para isto os illustres cirurgiões Pacheco Mendes, Braz do Amaral, Gonçalves Martins, Freitas Borje, Cerqueira Lima, etc.

CAPITULO II

Tratamento palliativo

O tratamento palliativo das hernias tem por fim manter a hernia de maneira a impedir que se desenvolva, pondo deste modo o doente ao abrigo de complicações.

Este tratamento é feito por meio de apparelhos especiaes chamados fundas, isto é, apparelhos destinados á contenção das hernias previamente reduzidas.

Na maioria dos casos, as fundas fazem apenas o papel de elemento protector, impedindo certas complicações. não querendo isto dizer que o seu emprego não traga, em casos especiaes, beneficios ao doente.

Já Galeno se servia para manter as hernias, de pelotas mantidas por um cinto de panno ou de couro.

Gordon, Arculames, Fabrice Hilden e os cirurgiões dos seculos XVI e XVII, renunciaram ás operações sangrentas recorrendo ao emprego das fundas metallicas, as quaes pouco a pouco cairam em desuso.

Leqoin foi quem definitivamente introduziu na arte operatoria em 1663, as fundas elasticas, das quaes existem dois typos: a funda franceza e a funda ingleza.

A funda franceza compõe-se do seguinte.

Em primeiro lugar de uma almofada de forma e de dimensões variaveis.

Em segundo lugar, de uma fita ou antes, de uma mola de aço uuindo-se á almofada por uma de suas extremidades, medindo um a dois millimetros de espessura, tendo um centimetro e meio de largura e cumprimento sufficiente para abraçar os tres quartos da bacia.

Em terceiro lugar de um envoltorio feito de camurça, forrando a mola de aço a que nos referimos, indo além de sua extremidade livre, contendo então uma serie de orificios destinados a se fixarem em um botão collocado na face externa da almofada.

A funda franceza tem soffrido varias modificações: assim a almofada em vez de se adaptar directamente a mola de aço, é unida por uma articulação movel; uma correia passada por baixo do perineo na base das coxas, faz com que o apparelho não se desloque para cima

A funda ingleza, inventada por SANSON, é formada por uma mola de aço, não mais disposta em espiral, mas tendo a forma de semi-ellipse.

E' terminada por duas almofadas, uma que se applica sobre a eminencia herniaria, e outra que se fixa sobre o sacro.

A almofada que se applica sobre a hernia, articula-se com a parte de aço por um mecanismo todo especial,

imaginado por Wickam; além disto, a parte de aço, apenas descreve uma semi-ellipse, de modo que em uma hernia do lado direito a haste cerca em cima da coxa esquerda, psssando por cima do pubis, e sua almolfada vai finalmente applicar-se sobre a virilha direita.

Existe ainda uma grande quantidade de fundas. Assim é que temos a de Duprè que presta relevantes serviços nos casos de hernias de difficil contenção.

Antigamente esteve muito em voga a funda denominada das prisões, na qual a almofada era fixada por meio de correias.

Burgeaud imaginou uma funda de pressão molle que, em vez de trazer a almofada, tem dois reservatorios em forma de peões feitos de borracha; os quaes o doente enche, injectando ar por meio de um terceiro que se esvasia quando o doente está sentado.

A maneira de applicar uma funda tem sua importancia. Quando a hernia não se reduz facilmente, isto é, quando o doente não pode fazer a reducção, emprega-se um certo numero de manobras que constituem o taxis, do qual falaremos em occasião propicia.

Feita a reducção da hernia, introduz-se o dedo no annel afim de manter o intestino: toma-se a almofada com a outra mão applicando-se sobre o trajecto da hernia, retira-se o dedo, comprime-se a almofada, e, com a outra mão, desenrola-se a fita ou haste metallica; colloca-se em redor

do corpo e abotôa-se no botão que deve existir sobre a almofada.

Convem notar que, de ordinario, a fita metallica não deve fazer uma pressão de mais de trezentas grammas, pois podem se produzir escaras, sendo o doente obrigado a supprimir a funda por alguns dias, o que pode lhe trazer graves prejuizos.

Para sabermos se uma funda foi bem applicada, devemos mandar levantar o doente, fazel-o tossir, empregar esforços e se verificarmos que, durante estes actos, a almofada não se desloca, e que a hernia não escorrega por baixo della, temos certeza que está bem adaptada.

Deveremos proceder do mesmo modo, o doente estando accocorado, (sic) podendo mesmo fazel-o levantar um peso com as pernas afastadas: verdade seja que não é preciso tanto rigor para sabermos se a funda foi bem applicada.

Nas condições ordinarias o herniado deve applicar sua funda pela manhã, retirando-a á noite, por occasião de dormir.

Ha casos porem, em que a funda deve ser trazida permanentemente; quando queremos obter a cura radical, ou quando uma circumstancia toda particular, como por exemplo uma affecção das vias respiratorias ou das vias urinarias, expõe o doente, mesmo durante a noite, a fazer esforços, podendo por este modo a hernia estrangular-se. Convem tambem recommendar ao doente que, nos pri-

meiros dias da applicação da funda deve trazel-a constantemente, algumas vezes mesmo ficar no leito por algum tempo sobretudo, quando apezar da funda, a hernia tende a sahir.

Observa-se que, uma hernia contida deste modo diminue constantemente de volume, tende a sahir menos, e torna-se mais facil um tratamento ulterior.

Alem disto o doente deve ser asseiado, mantendo a integridade da pelle. Se o cinto ou a pelota comprimirem e pelle produzindo uma escara, deve-se interpor um pouco de algodão afim de que isto seja evitado.

Recommendaremos ao doente que usa uma funda, que não faça esforços violentos e exercicios penosos, pois dahi podem resultar graves riscos á sua vida.

A funda, apezar de prestrar algum serviço ao herniado, traz graves inconvenientes a este.

Senão vejamos, em primeiro lugar, o embaraço dos movimentos e as dôres, variaveis, segundo as disposições individuaes; não é somente isto: pode apparecer o erythema, o eczema, as escoriações as ulcerações etc.

Observa-se, que todo hermiado apresenta uma coloração especial da pelle, especie de erythema chronico no ponto de applicação da pelota.

As ulcerações, como dissemos, podem se desenvolver tambem em consequencia da applicação de uma funda. Citam-se casos em que esta complicação foi seguida de uma peritonite mortal. Gosselim cita um facto em

que houve infecção tetanica, seguida de morte. A contusão e a inflammação da hernia ou dos orgãos conexos, pode ser complicação dá applicação da funda. POOT cita um facto em que o attrito produzido por uma funda, determinara uma epiploite, seguida de gangrena.

SCARPA nas mesmas circumstancias, encontrou uma ansa intestinal ecchymosada, e mais de tres libras de serosidade no sacco herniario.

A pressão da funda pode produzir tambem uma hematocele do sacco.

Porem não é somente isto: os orgãos visinhos da hernia tambem são expostos aos choques produzidos pela funda em um movimento violento: o testiculo, o cordão spermatico, os ganglios da virilha, são por vezes a séde de inflammações, que estão ligadas a esta causa.

Podemos tambem mencionar os abcessos, quentes ou frios, as varices, etc., causadas pelo uso de fundas.

Não è raro tambem que uma hernia bem contida, dê lugar ao desenvolvimento de outra hernia em um mesmo individuo; este facto se observa commumente no recem-nascido, algumas vezes tambem nos adultos, ou nos velhos, que são attingidos de hernia de fraqueza.

Emfim, uma complicação mais grave a qual a funda melhor applicada não pode evitar, é a sahida e o estrangulamento da hernia, tanto mais perigoso, quanto a hernia é melhor contida de ordinario.

CAPITULO III

Tratamento da hernia inquinal estrangulada

Em presença de uma hernia inquinal estrangulada, temos que tratal-a immediatamente e o meio de tratamento geralmente empregado é a reducção.

Esta reducção è feita por dois modos: o taxis e a kelotomia.

E' na Cyrurgia de GUILLAUME DE SOLICET que se encontra pela primeira vez descriptas as manobras do taxis. Os antigos nada tentavam fazer em presença de uma hernia complicada; quanto a operação de kelotomia com desbridamento, foi proposta por FRANCO, cuja descripção se acha bem feita por AMBROISE PARÉ.

Até estes ultimos tempos esta inspirava um tal receio, que ARNAUD considerava como o ultimo meio a recorrer quando todos os outros tivessem dado maus resultados; e a respeito da qual, Flaubert em 1839, assim se exprimia: ha muitas vezes menos perigos em retardar a operação de hernia estrangulada, do que fazel-a immediatamente.

Debaixo da influencia deste terror, os medicos da antiguidade perdiam um tempo precioso em experimentar agentes medicamentosos, taes como os topicos, dos quaes salienta-se a famosa pomada, na composição da qual entrava a libra de ouro de ducado da Africa, dissolvida na agua regia, o alcool bem rectificado, as perolas horientaes porphyrisadas, o vinagre branco, o oleo de pistachas, as folhas de bardana e de herva-moura.

Mais tarde, os meios empregados, não obstante serem menos extraordinarios, não eram menos prejudiciaes: eram os banhos, as lavagens de tabaco, os purgativos, etc, etc.

Emfim, ainda preconisavam as injecções de morphina, as affusões de ether, a faradisação, as ponções aspiradoras.

O receio da operação tinha comtudo levado os cirurgiões ás tentativas manuaes; assim é que, com o nome de taxis forçado, elles foram levados ao extremo pelos discipulos e imitadores d'Armursat e Lisfranc.

E' preciso chegar ao periodo actual, para encontrar nos trabalhos de Gosselin o preceito fundamental que dá indicação para o emprego do taxis, e a opportunidade da operação.

« A reducção deve ser feita por taxis com anesthesia pelo chloroformio, quando se tem certeza que o intestino não soffreu ainda alteração grave, tendo a notar que se

esta manobra não dá o resultado desejado, deve-se recorrer immediatamente a operação ».

Entretanto, Gosselin liga muita importancia ainda ás manobras do taxis, posto que Manec chame a attenção para os resultados favoraveis dados pela operação, quando esta é praticada em occasião opportuna, a qual, nos tempos que precederam o methodo antiseptico, era rodeada de serios perigos para não justificar alguns receios. Não acontece o mesmo hoje.

Sabe-se que a gravidade da operação depende unicamente das lesões do intestino, do estado geral do individuo pelo facto do estrangulamento, e não se contando com o bom resultado do taxis, esta vai sendo praticada em mais larga escala.

O cirurgião para praticar o taxis, deve primeiro observar todos os cuidados de asepsia e antisepsia, pois que, se esta manobra não der o resultado esperado, deve proceder a operação.

Deve-se evacuar o conteudo da bexiga, depois do que colloca-se o doente sobre a mesa, submettendo-o ao chloroformio, até a anesthesia completa.

Uma tentativa seria de taxis, diz o professor Duplay, não deve ser praticada senão depois de bem chloroformisado o doente.

Aconselha-se tambem evacuar o estomago.

Esta maneira de proceder, introduzida por Senator,

Kursmaul Faucher e outros, pode ser posta em pratica, não com o fim de curar a hernia, porém com o fim de evitar o vomito durante a administração do chloroformio.

Certos autores, com o fim de auxiliar o taxis empregam a morphina, aconselhada por Eward, Duncan, ou a belladona que, segundo afirmam Kurt e Hagen, dão bons resultados.

O cirurgião para praticar o taxis, deve ter em mente tres cousas.

A posição do doente.

A sua posição.

A manobra que tem executar com o fim de obter a reducção.

Posição do doente—Para reduzir uma hernia devemos, em primeiro lugar, collocar o doente em posição conveniente.

O doente é posto em decubitus dorsal, com o ventre mais baixo que as nadegas e a cabeça, e o thorax mais elevado do que o ventre, afim de que se dê o relachamento da musculatura abdominal: se assim não procedermos, a capacidade do ventre não estando em relação com as partes a introduzir, obrigar-nos-ia a fazer um emprego de força maior para vencer esta resistencia, a qual vindo provavelmente contribuir para a mortificação de certos tecidos, determinaria portanto accidentes por vezes difficies de debellar.

Estando o doente em posição conveniente, faz-se, com que este dobre as coxas, de modo que a pelle da virilha fique relachado.

Boyer, aconselha que o lugar em que está a hernia deve ser o mais elevado possivel, afim de que os visceras contidas na cavidade abdominal sejam affastadas do tumor, oppondo deste modo resistencia as que sairem.

Convem recommendar ao doente que não faça nenhum esforço de respiração, ou tentativa de voltar a cabeça.

Ribes, abalisado no assumpto, observou que um grande numero de hernias, que eram apparentemente irreductiveis, se reduziam mui facilmente após se collocar o doente em situação tal, que a região do tumor ficásse mais elevada: deste modo as visceras herniadas pendiam para a cavidade do ventre.

Assim descreve elle a mareira de collocar o doente.

«On prend un matelas que l'on plie en double, de manière que le bord du plie supérieur depasse en peu le bord du plie inférieur, et que la surface du matelas decrive bien un plan très oblique.

«Onnet selon le besoin un ou deux traversins sous le talon du matelas pour augmenter l'obliquité on recouvre le tout avec um drap.

«Les choses ainsi disposées on place le malade, sur le lit, de maniére que les fesses soiente posses sur le milieu du matelas, que les cuisses soient allongées et sur la

même ligne que le ventre; enfin que le bassin; soit en haut et très élevé, et la region diaphragmatique de l'badomen soit située le plus bas possible. On met un pettit traversin sous la tête du malade pour le relever un peu, afin qu'il puisse garder cette position inclinée tout le temps necessaire pour la reduction de parties».

Referindo-se a este seu modo de reducção, diz ainda Ribes :

« Je sais que l'on peut dire que vainemeht on comptera, pour opérer la reduction des hernies, sur l'éffet mécanique que le poids et la traction du ventre doivent former sur les parties déplacées; on peut même croire au premier coup d'oeíl, que cette idée est erronée, parce que l'abdomen est entiérement pleín et que les viscéres qu'il contient son maintenus dans leur position par des ligaments et par la pression des muscles respiratoires ; que ces viscères ne peuvent pas, par cela même passer d'une partie de la cavité dans une autre, mais qu'ils restent dans la meme place, soit que la tête, soit que les pieds forment le point le plus élevé du corps.

« Mon opinion est entierement contraire, non parce que j'ai des observations des hernies inguinales formées par l'estomac et même par le rate, mais parce que le expérience m'a convaincu que tous les viscêres de l'abdomen sont plus ou moine portées vers la poitris ou le bassin,

selon que la tête ou le pieds sont le point les plus elevé du corps.

«L'expêrience est icifaudessus du raisonnement.»

Pensam com RIBES RICKTER, MORAND, SHORP, HAURMANN.

RENEAULTME DE LAGARANNE aconselha a posição genu-pectoral.

KARL NOCOLAS, em 1886, adoptava a seguinte posição: Collocava o doente em decubitus lateral opposto a hernia e na elevação da bacia de modo que o peso das visceras fizesse tracção sobre as que constituissem a hernia.

Posição do cirurgião—O operador por occasião de praticar o taxis deve collocar-se do lado do tumor herniario, afim de que a reducção se possa fazer com mais facilidade.

Entretanto, ha casos em que vantagem usarmos outra posição.

Manobras empregadas para obter-se a reducção—Estando o doente chloroformisado, o operador toma a hernia entre o polegar, o medio e o index da mão esquerda, por seu pediculo, tomando-a em cheio com a mão direita, e por meio de uma pressão methodica e moderada feita com vagar, procura obter a reducção do seu conteúdo para o interior do abdomen, fazendo entrar em primeiro lugar as ultimas partes sahidas e assim em ordem inversa.

Alguns autores procedem do seguinte modo: depois de posto o doente em posição requerida, leva-se a mão direita, se a hernia fôr do lado direito, por baixo da coxa, logo depois, tendo com a outra mão que se tem passado sobre o ventre cercado o annel inquinal, junta-se as duas mãos para se investir o tumor em toda sua extensão, caso seja possivel. Comprime-se então com brandura, e tendo-se encontrado o ponto de menor resistencia, deve-se impellir para elle as visceras.

Todas estas manobras devem ser feitas com delicadeza; não devemos nunca empregar violencia; todo aquelle que julgar ser mais ligeiro a reducção das partes deslocadas por meio de uma manobra violenta, illude-se completamente, por isso que se conduzindo por este modo, não somente estas partes se adaptam ás bordas do annel resistindo á reducção, mais sobretudo pela compressão soffrida, não tardam a se mortificar, dando origem a uma serie de phenomenos graves, que nem sempre podem ser remediados. Sabe-se que uma hernia foi bem reduzida quando notamos a desapparição completa do tumor, e quando ha possibilidade da introducção do dedo no trajecto.

O tempo que devemos gastar quando o individuo está debaixo da acção do chloroformio, é em geral de quinze a vinte e cinco minutos, podendo ir até meia hora.

Convem notar, que as manobras do taxis sendo empre-

gadas por mais de meia hora, podem trazer como consequencia a maceração do intestino, a qual pode trazer graves consequencias.

O tumor pode persistir, ainda que todos ou outros signaes de reducção se tenham verificado. A respeito deste facto o professor Duplay assim se exprime, explicando-o.

Primeiro: o intestino foi bem reduzido, porém já existia perfuração: sobrevem uma peritonite super-aguda.

Segundo: existem falsas reducções: as vezes conseguiu-se apenas vencer um dos agentes do estrangulamento, com persistencia de um ou mais delles, sendo deste modo a reducção imperfeita; outras vezes, uma hernia pouco volumosa com seu sacco muito adherente ás partes visinhas foi repellida em massa com o proprio sacco para o abdomen.

De facto as visceras herniadas voltaram ao abdomen, porem a causa do estrangulamento nem por isto deixou de persistir.

Em terceiro lugar, existe reducção em um sacco interior preexistente preperitoneal, ou antes, reducção no tecido cellular sub-peritoneal, atravez de uma ruptura do sacco herniario (Farabenf)

Em quarto lugar; o agente do estrangulamento continúa a existir apezar da reducção, quer se trate de uma

brida epiploica, ou do annel do sacco destacado circularmente (Laugier Richet).

Em quinto lugar; a reducção pode ter sido completa, porem os signaes de estrangulação persistem pela torsão do intestino sobre si mesmo, uma alça pode ter apertado a outra, ou então, ter ficado paralysada.

Em sexto lugar; pode existir uma outra estrangulada ou um estrangulamento interno concamitantemente.

Apezar dos inconvenientes apresentados pelo taxis, achamos que elle não deve de todo ser abandonado, contanto que seja feito com delicadeza e paciencia, para d'ahi não advirem consequencias funestas: quando porem este não der resultados satisfactorios, deve-se proceder a Kelotomia, que a nosso ver deve ser seguida de cura radical, quando para isso não houver inconvenientes.

Kelotomia—A Kelotomia cessou de inspirar receios depois do apparecimento da asepsia.

Suas indicações augmentaram, seu manual operatorio simplificou-se, desde que se supprimiu a pratica de processos, os quaes tinham por fim evitar a abertura da serosa peritoneal: não é somente isto; ás suas vantagens ajuntam-se ás de cura radical pela qual ella se completa.

Ella só é uma operação perigosa, diz o professor Duplay, quando lesões intestinaes graves veem modificar as condições de sua execusão.

Descrevamos os seus diversos tempos.

Primeiro tempo: consiste na excisão das partes molles. O cirurgião dobra a pelle ao nivel do tumor, de maneira que a dobra cutanea assim feita seja perpendicular ao grande eixo da hernia.

Entregando-se uma das extremidades ao ajundante, e tendo a outra segura pela mão esquerda, faz-se uma incisão de cima para baixo em seu centro, podendo esta incisão ser augmentada caso haja necessidade: as partes subjacentes são abertas com o bisturi ou thesoura sobre a tentacanula.

O segundo tempo consiste na abertura do sacco. Continua-se a incisar com prudencia todas as camadas, até encontrar-se um envoltorio de côr vermelha, apresentando flutuação. Sabe-se que o sacco foi aberto quando depois de se fazer uma pequena incisão em sua superficie, um liquido seroso ou serosanguinolento sae do seu interior.

Incisa-se então largamente o sacco, e em seguida lava-se cuidadosamente a superficie interna do mesmo, procedendo-se depois a pesquiza do agente do estrangulamento.

Convem observar, que em todas as intervenções desta natureza, podem existir saccos preherniarios que ás vezes são causa de um engano, podendo acontecer tambem que o intestino esteja adherente ao sacco, e tambem que o

sacco não existindo em muitas hernias, dê lugar que o cirurgião vá directamente ao intestino.

O terceiro tempo, tem por fim fazer com que a causa do estrangulamento desappareça.

Procede-se do seguinte modo: faz-se o afastamento dos dois labios da ferida por meio de afastadores ou na falta destes com pinças hemostaticas, que são confiadas a um ajudante. O operador faz a inspecção da alça intestinal, verificando se existe perfuração ou grangrena, se a côr é a de folha secca caracteristica, e com o dedo procura verificar até que ponto chega o estrangulamento e o seu gráo de coarctação.

Se á coarctação não fôr muito grande, o cirurgião introduz os dois indicadores entre o agente do estrangulamento e o intestino, afastando-os; se a constricção é demasiada, deve-se recorrer ás tesouras, procedendo-se o desbridamento.

Quarto tempo: neste tempo procede-se o exame do intestino em seguida a reducção.

Feito o desbridamento, procura-se a alça do intestino, verifica-se si ha outro estrangulamento mais acima, inspecionando tambem com cuidado o pediculo da hernia. Faz-se a lavagem rigoresa do mesmo, feito o que, procede-se a reducção.

O que devemos fazer com o epiploon que acompanha o intestino?

E' tendencia moderna fazer apenas a simples excisão, depois de uma previa ligadura; outros, pelo contrario, não procedem deste modo, senão quando o epiploon se mostra pouco volumoso e perfeitamente são.

Terminada, assim, a operação, procede-se a lavagem da ferida, depois a drenagem e a sutura.

Achamos que, sempre que fôr possivel, permittindo as condições do doente, deve-se proceder a cura radical depois da kelotomia.

Da nossa opinião è o professor Duplay o qual diz : «a cura radical deve ser o complemento indispensavel de toda operação de hernia estrangulada, contanto que o intestino esteja em bom estado».

CAPITULO IV

Cura radical da hernia inguinal

CURA RADICAL PELAS FUNDAS.—E' facto verificado que o emprego da funda pode curar as hernias.

Vejamos como, e em que condições pode dar-se esta cura.

Nas creanças, isto é muito commum, em vista da tendencia que ha nesta epocha da vida, á retracção das aberturas e canaes.

Pensam alguns, que nesta idade, mesmo uma contenção incorrecta, possa dar bons resultados.

Outra razão pela qual as hernias nestas condições se curam com facilidade é que, quasi sempre, são congenitas, isto é, devidas a não ter o peritoneo se separado da vaginal, sendo muito natural que, logo que a hernia seja contida, o canal que anormalmente existe, tenda a desapparecer. Porém, até que idade a cura de uma hernia por uma contenção exacta pode dar-se? Os autores em geral são de opinião que ella sómente pode se effectuar até a idade de 15 annos, ainda que outros tenham observado algumas curas no adulto.

Garangeot pensa que o individuo de mais de 24 annos não deve esperar a cura pela funda.

Heister é de opinião que isto pode dar-se, comtanto que a hernia seja recente e pequena.

Chiene diz que não se deve applicar uma funda como meio palliativo, e sim com o fim de obter a cura.

Quanto mais joven, porem, fôr o individuo, diz elle, mais probabilidades ha de cura, comtanto que a hernia uma vez reduzida nunca mais se escape.

Garmo apresenta a seguinte estatistica: de 1203 casos de hernia que elle tratou, dos quaes somente 116 eram de individuos jovens, 356 foram curados pela funda.

Estes doentes não usaram funda durante seis mezes, não havendo nenhuma recidiva.

E' somente nas hernias inguinaes que ha alguma probabilidade de cura, estas probabilidades dependendo da natureza da hernia.

Nas hernias congenitas a cura é admissivel porque existe, como diz L. Championnière, um orificio em uma parede bem constituida. Neste caso pode acontecer que a hernia sendo bem mantida, e ao mesmo tempo a funda reunindo as paredes do canal anormal, a cura da hernia se verifique.

E' somente na criança, portanto, que ha muita probabilidade de cura pela funda.

Para obtermos uma bôa cura por meio da funda, necessario se torna que a compressão seja exercida em toda

extensão do canal inguinal; convindo notar que a compressão feita somente sobre o annel, obture somente o collo do sacco expondo portanto a recidiva.

Forgue e Reclus assim se exprimem a respeito das condições necessarias para a cura pela funda.

Um individuo abastado, pouco exposto aos esforços e fadigas, de paredes abdominaes vigorosas, anneis mediocremente dilatados, não tendo passado de 30 annos, gosando de uma bôa saude e munido de uma bôa funda bem adaptada, pode assim esperar que a cura se effectue.

Assim não acontecendo, a cura não se pode dar: individuos pobres, sujeitos aos trabalhos e ás fadigas que augmentam a pressão abdominal, individuos portadores de ventres de triplice saliencia, anneis muito dilatados; individuos que soffrem de molestias que obrigam a hernia constantemente a sahir, emfim, individuos que não teem senão fundas insufficientes ou insufficientemente collocadas, estes absolutamente não podem curar-se.

CAPITULO V

Cura radical operatoria da hernia inguinal

A cura radical operatoria de uma hernia inguinal, é a que cogita em fazer cessar os accidentes graves que uma hernia desta natureza pode produzir, evitando o seu reapparecimento ou recidiva.

E' a nosso ver, um magnifico meio de tratamento, por que livra o individuo uma vez por todas de uma molestia que não somente o deforma ás vezes, como tambem traz constantemente sua vida em perigo.

Para chegarmos a este fim diversos methodos são empregados, uns directos outros indirectos.

Fazendo parte dos methodos indirectos encontra-se o das injecções peri-herniarias imaginado por LUTON, e o das injecções eschlerogenas de LANNELONGUE, dos quaes não trataremos, porque já não são empregados, convindo notar que são de difficil applicação, de resultados muito duvidosos, podendo ser causa de certos accidentes os quaes viriam complicar a situação.

Os methodos indirectos são commumente praticados

na linha alva, assumindo as proporções de verdadeira laporotamia.

Lawson Tait foi quem em primeiro lugar fez a incisão no meio do ventre, dando a este modo de intervir, o nome dê tratamento das hernias por secção abdominal.

Já Amandale, em 1878, tinha communicado haver encontrado um caso de hernia inguinal estrangulada, reduzida em massa, a qual foi tratada pela laporotomia mediana.

Em 1883, o mesmo Tait pelas columnas de um jornal inglez, *British and medical Journal*, declara que a cura radical de todas as hernias pode ser obtida por meio da secção abdominal, e que este meio pode prestar-se, mesmo nos casos de hernia estrangulada.

Esta ultima proposição foi defendida por Keethey, que adoptou a incisão na linha alva com o fim de reduzir o intestino attrahido para o ventre, sendo tambem defendida por Fenwiek, o qual, em uma revista ingleza, o *The Lancet*, declara tambem ter empregado este processo, obtendo bom resultado.

Actualmente, a cura radical por este processo so é empregada, quando se quer praticar qualquer intervenção que requeira uma laparotomia, porque por este modo, com uma incisão apenas, preenchemos dois fins desejados.

Methodos directos de tratamento curativo das her-

NIAS INGUINAES.—Descreveremos aqui somente tres processos por serem os mais commumente empregados entre nós.

Estes tres processos são: o de LUCAS CHAMPRONNIÉRE, e de BASSINI e o de FELIZET, este sendo muito empregado nas creanças. Assim procedendo, não queremos absolumente dizer que os outros processos existentes não sejam bons, porém porque estes processos são os que vimos serem empregados com muito bons resultados.

PROCESSO DE LUCAS CHAMPONNIÈRE.—Preenchidas as formalidades que devem preceder á intervenções desta natureza, queremos nos referir aos cuidados de antisepsia e mais principalmente aos de asepsia, começa-se a operação.

Faz-se uma incisão que indo atė o tecido cellular subcutaneo, trace uma linha obliqua de cima para baixo no sentido do canal inguinal que deve ter a maior dimensão possivel, afim de que possa bem facilitar a dissecção do do sacco.

Procede-se depois a secção do canal inguinal com uma tesoura, em todo seu trajecto: esta secção deve ser praticada entre duas pinças munidas de dentes, introduzidas conforme o eixo do trajecto, devendo abranger toda a espessura da parede diante do cordão espermatico.

Chegados ao sacco herniario, devemos abril-o, prendendo com duas pinças em T os labios da ferida.

Depois disto, reduziremos as visceras e se estas vierem acompanhados de epiploon, deveremos fazer a sua ressecção para cujo fim é preciso que façamos a sua fixação, com uma pinça forte.

Faz-se esta ressecção da maneira seguinte: repellidas as visceras deslocadas para o abdomen afim de que a massa herniaria fique somente constituida pelo epiploon, este é pediculisado com uma pinça de Ricord ou de L. Championniére, e neste pediculo, sobre a face exterior, faremos a ligadura em massa do epiploon, ligadura que poderá ser feita por dois pontos em cadeia ou em X, nos casos pouco consideraveis, podendo fazer-se maior numero de pontos quando isto fôr preciso.

Faz-se então a ressecção do epiploon excedente junto a pinça, de maneira a não comprehender os pontos, depois do que retira-se a pinça, favorecendo-se a retracção do côto epiploico para a cavidade abdominal.

As vantagens da excisão do epiploon são: em primeiro lugar, livrar o abdomen de uma parte do seu conteudo, offerecendo mais espaço ás visceras reduzidas; depois, supprimir um orgão que até certo ponto pode contribuir para a producção de hernias, visto como é facto hoje provado que elle precede o intestino em sua descida, forçando um tanto a sua passagem, o que equivale a supprimir uma causa provavel de reproducção.

Outra vantagem da ressecção do epiploon é a seguinte:

a destruição das adherencias epiploicas no collo do sacco ou, acima delle, as quaes constituem causas quasi que inevitaveis do reapparecimento da hernia.

Depois de se ter feito a resecção do epiploon, procede-se o dissecção do sacco.

Continuando a dissecção e fazendo um leve esforço de tracção, retira-se do ventre a maior porção de serosa possivel, com o fim de fazer em situação elevada a ligadura do pediculo do sacco, sendo isto necessario para fazer desapparecer o infudibulum peritoneal.

Depois de feito isto, isola-se com precaução os elementos do cordão, retirando-se do abdomen a quantidade de serosa sufficiente, applicando-se no ponto mais elevado uma pinça de ramos largos.

Isto feito, procede-se á ligadera do pediculo segundo a dimensão que o sacco apresenta.

Para effecfuar esta ligadura, atravessa-se com uma agulha de Reverdin o tubo seroso, de lado a lado, passando-se uma fio duplo de catgut: por este modo obtendo-se dois fios atravez do pediculo, os quaes, depois de afastados, são cruzados e amarrados.

Se o pediculo tiver grandes dimensões, confecciona-se uma cadeia de anneis multiplos, raramente sendo preciso isto fazer-se. Deve-se por occasião de fazer a ligadura do pediculo, ter a cautella de não aprehender os elementos do cordão.

Faz-se depois disto a extirpação do sacco, ressecando-se o epiploon fóra dos ramos da pinça, introduzindo-se, depois de retirada a pinça, o côto deixado, para o interior do abdomen.

Procede-se em seguida a restauração da parede anterior do trajecto inguinal: para effectuar isto, cruzam-se os dois labios da aponevrose do grande obliquo, os quaes foram abertos no momento da secção do canal inguinal, fazendo-se em seguida a sutura por pontos separados ou pontos em U, sendo estes de mais vantagem porque unem os labios da parede fibro-muscular um abaixo do outro, tornando a cicatriz mais solida.

E' costume reforçar-se a sutura de pontos em U, por uma serie de pontos entrecortados.

Deve-se fazer estas suturas não muito apertadas, afim de que não cortem os tecidos, nem compromettam sua nutrição.

Completa-se a operação com a sutura da pelle feita com crina, tendo o cuidado de fazer a drenagem da ferida.

Faz-se o curativo antiseptico e compressivo, estando terminada a operação.

Este processo muito empregado entre nós, tem dado bons resultados.

Nós mesmo possuimos quatro observações colhidas da 2.ª cadeira de Clinica Cirurgica da qual somos interno, sahindo os operados completamente curados.

Estas observações se acham transcriptas no nosso trabalho.

PROCESSO DE BASSINI.—Collocado o doente em decubitus dorsal e feita a previa asepsia do campo operatorio, pratica-se o operação.

1.º tempo: Faz-se uma incisão, que vindo a 3 centimetros da espinha illiaca antero-superior passando parallelamente sobre a arçada de *Poupart*, vá ter a espinha do pubis.

Põe-se a descoberto a aponevrose do grande obliquo, em toda extensão correspondente ao canal inguinal: descobrem-se assim as bordas desse canal.

Esta incisão comprehende a pelle e o fascia transversalis, lesando a arteria epigastrica superficial, comprehendendo tambem a veia.

2.º Tempo: Faz-se a dissecção da aponevrose do grande obliquo a partir do annel inguinal sub-cutaneo, indo até o annel inguinal abdominal.

Procede-se a incisão da aponevrose do grande obliquo, a qual forma dois labios, um inferior, outro superior, isola-se e levanta-se em massa o cordão espermatico e o sacco da hernia com o index sobre os orgãos acima citados, faz-se o isolamento do sacco da hernia, do cordão espermatico até o orificio abdominal.

Faz-se este isolamento com instrumentos rombos ou

por meio da unha, quer se trate de uma hernia congenita ou adquirida.

Convem notar que este isolamento deve ir até á fossa illiaca.

Feito isto, isolam-se o corpo e o fundo do sacco, traz-se para o exterior, procede-se a abertura do fundo verificando se as visceras contidas na hernia contrairam adherencias, verificando-se tambem se o epiploon está espessado.

Quando o epiploon contrae adherencias, faz-se a sua libertação, procedendo-se depois a libertação das visceras forçando-se, o collo do sacco, feito o que, applica-se uma ligadura além da emboccadura, fazendo-se depos a incisão a meio centimetro abaixo daquella.

Acontecendo que a hernia seja de tamanho consideravel e que a emboccadura e o sacco sejam muito largos, além da ligadura simples devemos applicar acima e abaixo desta uma outra em cadeia, que previne a occlusão e impede que o primeiro fio escorregue.

O peritoneo ligado por este modo, é deixado na fossa illiaca interna.

Com a extirpação do sacco e a ligadura do collo, completa-se o segundo tempo da operação.

3.º Tempo: Toma-se o cordão spermatico tendo o cuidado de conduzil-o ligeiramente para cima da parede abdominal, e sendo possivel tambem o testiculo o qual é retirado do scroto.

Feito isto, puxa-se para baixo o labio inferior da aponevrose do grande obliquo, levando para cima o labio superior; descobrindo-se assim a gotteira formada pelo ligamento de *Poupart* até o seu limite posterior e a cerca de um centimetro para fóra do ponto em que o cordão espermatico sahe da fossa illiaca interna; depois d'isto, faz-se a deslocação da borda externa do musculo grande recto do abdomen e a camada constituida pelo pequeno obliquo, transverso e a aponevrose deste musculo, tambem chamada tendão conjuncto; separam-se da aponevrose do grande obliquo e do tecido gorduroso subcutaneo.

Junta-se então a triplice camada, approximando-se esta da borda posterior isolada do ligamonto de *Poupart*, fazendo-se uma sutura com pontos separados, sutura que deve começar a ser feita pela crista do pubis, indo até perto do cordão spermatico, o qual foi deslocado cerca de um centimetro para a espinha illiaca antero-superior.

Com a reconstituição do orificio interno do canal inguinal e da parede posterior do mesmo, está terminado o terceiro tempo da operação.

4.º Tempo: Transporta-se o cordão spermatico e o testiculo para os seus logares primitivos, faz-se a sutura da aponevrose do grande obliquo até que as bordas da ferida fiquem a pequena distancia do cordão spermatico,

depois do que faz-se a sutura da pelle, applicando-se então o penso.

Está, por este modo, reconstituido com o seu orificio abdominal e sua parede posterior o canal inguinal, ambos formados pelos dois retalhos da aponevrose do grande obliquo e o seu estreito orificio externo.

Este processo é muito empregado entre nós, ou em si, ou com algumas modificações, dando bons resultados.

PROCESSO DE FELIZET PARA CURA RADICAL NAS CREANÇAS.— Este processo é commummente dividido em seis tempos.

1.º Tempo: Consiste em fazer a incisão da pelle que deve ser feita no sentido transverso, ligeiramente obliqua, parallela a grande dobra de flexão tambem chamada dobra de Venus, a qual não deve lesar nem a arteria podendo externa, nem a tugumentosa abdominal.

2.º Tempo: Consiste no seguinte: afastados os dois labios da incisão com os dois indicadores, vê-se no fundo d'esta uma massa firme de côr rosea, adherente ao orificio externo e que é a bainha fibrosa que contem os elementos do cordão e o sacco da hernia. Desnuda-se esta bainha, como si se tratasse de um grosso vaso do qual quizessemos fazer a ligadura.

Um ajudante toma a si a incumbencia de apanhar o fundo do scroto com o testiculo e de puxal-o para baixo, afim de que o cordão fique bem distendido até o fim da operação.

3.º Tempo: Consiste em fazer a dissecção do cordão e a procura do sacco.

4.º Tempo: Consiste em abrir sufficientemente o sacco para verificarmos se ha ou não ha adherencia do collo, que é isolado com a unha em torno do trajecto inguinal; se o destende para baixo o mais possivel, com o fim de passar em seu centro uma agulha munida de um fio destinado ao nó de moleiro.

5.º Tempo: Consiste em fazer a sutura da oponevrose do grande obliquo.

6.º Tempo: Consiste em fazer a sutura da pelle com crina de Florença, tendo o cuidado de drenar a ferida, depois do que, colloca-se o penso.

Por este processo, em 618 operados (sendo que 477 de Broca, 105 de Felizet e 36 de Lafourcade) Berné Lasserre apenas aponta um insucesso.

CAPITULO VI

Indicações e contra indicações da cura radical

Não obstante a existencia de uma hernia não ser por si só uma indicação formal para a cura radical, queremos dizer, não obstante não se empregar indifferentemente a cura radical sem syndicar do estado de forças do doente, a sua edade etc., tendem as suas indicações, dia a dia, a augmentar.

A formula de Trelat que dizia somente serem suceptiveis de cura radical as hernias que não fossem facil, completa e constantemente contidas pela funda, já não tem razão de ser.

Actualmente opera-se um individuo com o fim de supprimir a funda que o prohibe de certos trabalhos, ao mesmo tempo que em certos casos é um verdadeiro supplicio para o doente.

Todavia, existem individuos que se habituam por tal sorte com a sua funda, que sentem quando não a trazem, uma falta sensivel.

O professor L. Championniére em sua obra, resume

deste modo as indicações para a cura radical de hernia.

Aconselha elle a cura radical nos seguintes casos :

1.º hernias irreductiveis.

2.º hernias incoerciveis.

3.º hernias congenitas com ectopia testicular.

4.º hernias dolorosas.

5.º hernias cujo volume tende a augmentar.

6.º hernias em individuos portadores de certas molestias, as quaes favorecem as complicações.

7.º hernias em que ha accidentes que não são o estrangulamento, e aos quaes se oppõe geralmente emollientes e palliativos.

8.º conveniencias sociaes.

Façamos o estudo detalhado de cada uma destas indicações.

Hernias irreductiveis.

Estas hernias são uma fonte constante de perigos e de complicações.

Ainda que esteja demonstrado que muitos individuos portadores de uma hernía irreductivel podem sobreviver, não é comtudo menos verdade que elles estejam constantemente expostos aos accidentes.

A hernia irreductivel tende sempre a crescer, podendo chegar a proporções extraordinarias.

São alem disto expostas a complicações, taes como: a inflammação, o estrangulamento ete.

Pode tambem haver deslocamento das visceras, o qual pode determinar accidentes incommodos e graves.

Além do incommodo produzido por uma hernia volumosa, ás vezes esta produz perturbações digestivas cujas consequencias podem vir a ser serias: ajuntando-se a tudo isto que com o progredir da idade, veem complicar ainda mais a situação as perturbações pulmonares e cardiacas, o diabetes etc., impedindo assim qualquer intervenção posterior.

HERNIAS INCOERCIVEIS. — Ellas podem ser por differentes motivos, determinando assim indicações differentes.

Em primeiro lugar, ella pode ser incoercivel pelas dimensões enormes do annel, e por seu volume.

Nestes casos a operação é difficil, porem não irrealisavel.

Pode tambem ser incoercivel pela presença de uma certa quantidade de liquido no sacco.

Neste caso, mesmo com um annel estreito não ha funda que a contenha.

A descida de uma grande quantidade de epiploon para a visinhança do sacco, é tambem uma causa de incoercibilidade.

Emfim as adherencias epiploicas na visinhança do

annel podem ser causa de incoercibilidade: em todos estes casos é indicada *a operação.*

Hernias congenitas com ectopia testicular.

Admitte-se depois dos trabalhos de Godart, que o testiculo em ectopia não tem nenhum valor sexual; comtudo, embora inutil, deve em dadas circunstancias ser collocado no seu lugar ou então retirado, pois além de opor um obstaculo a contenção da hernia, está sujeito aos choques exteriores.

Quando existe ectopia, quasi nunca a funda mantem bem a hernia; esta é quasi sempre incoercivel ou irreductivel e como é opinião geral, esta hernia está sujeita mais que as outras a accidentes.

Quando existe hydrocele concumitante, deve-se fazer a cura radical, embora *não haja ectopia.*

HERNIAS DOLOROSAS. — Existem doentes que de modo nenhum supportam a funda, pois que, para elles, a applicação das mesmas é um verdadeiro supplicio.

As dôres são devidas a ectopia do testiculo, nevralgias abdominaes, varicocele doloroso, ou a uma impressionabilidade, nervosa do doente.

Pensa Championniére que as dôres que em geral se attribuem a impressionabilidade do individuo, são produzidas pela adherencia ao nivel do collo do sacco das visceras herniadas, que o cirurgião julga ter reduzido, applicando por conseguinte a funda sobre ellas.

Hernias cujo volume tende a augmentar.

Nestas hernias o cirurgião é obrigado a praticar a cura radical, pois se assim não o fizer deixando que a hernia tome grandes proporções, diminuirá as probabilidades de exito.

Certas molestias nos individuos portadores de hernia, impõem a cura radical.

São mui principalmente as molestias que põem em prova os pontos fracos da parede abdominal, salientando-se as que são acompanhadas de tosse. Os esforços da micção e da defecação, quando são permanentes, são tambem muito perigosos, pois obrigam a hernia, a sahir constantemente: nestes casos e em outros semelhantes, o cirurgião deve esperar um momento de calma e praticar a operação.

Verdade é que nestes casos a operação deve ser feita com precaução, sendo um tanto perigosa se assim não proceder.

Hernias em que ha accidentes que não são o extrangulamento, e aos quaes se oppõe geralmente emollientes e palliativos.

Em presença de um individuo joven, portador de uma hernia com accidentes de obstrucção ou epastamento, L. Champrionniere aconselha praticar a operação em vez de empregar o tratamento palliativo, que faz correr ao individuo o risco de uma espera que pode trazer graves

consequencias, pois melhor será reduzir um intestino são, do que um intestino já inflammado.

Conveniencias sociaes.—Deve-se praticar a operação nos individuos pobres, individuos que precisam de trabalhos penosos para se manter, pois sabemos que estes não podendo gastar quantias avultadas na compra de fundas, ficam condemnados a morrer de fome, ao passo que se submettendo a operação, podem se tornar homens validos, capazes para qualquer serviço.

Porém fóra destas condições materiaes, existem razões de ordem moral que justificam perfeitamente a operação.

A perspectiva de um casamento, por exemplo; é um individuo que desejando se casar, quer se apresentar sem funda, que de alguma sorte causa má impressão.

Aos individuos que se entregando aos exercicios physicos e não podendo mais fazel-o pelo facto de terem uma hernia nestes individuos pode ser praticada a operação de cura radical, podendo elle depois disto se entregar aos mesmos exercicios dos quaes o afastara a sua hernia.

Nos individuos que desejam fazer o serviço militar os quaes tornam-se incompativeis pelo facto de terem uma hernia: nestes individuos tambem pode ser feita a cura radical.

Emfim, deve-se considerar tambem como operaveis as hernias das jovens.

O professor Lucas Championniére assim se exprime:

Sou de opinião que não se deve de modo algum deixar persistir uma hernia em uma jovem.

A funda torna-se um supplicio para ella, porque não só a deforma, como tambem ás vezes a hernia é dolorosa; convindo notar que a cura radical nestes casos tem dado resultados muito satisfactorios, não havendo portanto receio em ser praticada. Uma vez operada, diz o Professor Lucas Championniére, a mulher está menos sujeita do que o homem a recidiva, porque não está exposta aos esforços violentos e repetidos.

Contra indicações—Descrevamos embora que succintamente, as contra indicações da operação de cura radical. E' de regra não se praticar operação nos individuos de idade avançada.

São contra indicadas as operações nos individuos alcoolatas, nas affecções geraes do systema nervoso, no diabetes, albuminuria, tuberculose, emfim em todos os casos em que ha cachexia, portanto falta de vitalidade.

As affecções do apparelho respiratorio particularmente o emphysema, as quaes não são contra indicações formaes, comtudo devem impor um certo receio, em vista de serem complicações frequentes a congestão pulmonar e a broncho-pneumonia.

São tambem contra indicações, a fraqueza da parede abdominal, a grande dilatação dos anneis, o desenvolvimento rapido da hernia e o apparecimento quasi simul-

taneo de outras hernias, circumstancias que caracterisam as hernias de fraqueza e que devem fazer temer que a operação não possa ser seguida de uma cura difinitiva, ou mesmo de uma melhora duravel.

Ha casos entretanto em que se pode tentar a cura. Emfim achamos que não se pode estabelecer uma regra de conducta; cabe ao cirurgião resolver o que achar mais de accordo na occasião.

Resultados da cura radical.—As estatisticas não podem dar senão uma ideia imperfeita e muitas vezes erronea do valor de uma operação; comtudo, as que dizem respeito a cura radical da hernia, estabelecem de uma maneira positiva que a mortalidade devida a operação diminue consideravelmente à proporção que vae sendo melhor conhecida e melhor praticada.

Tilanus em 1879 publicou uma estatistica de 79 casos, na qual a mortalidade era de 11 %.

Leisrink em 1883, em 194 casos, dá 10,8 % de mortalidade; esta se reduzindo a 3,6 % em uma estatistica de 56 casos de Socin, dada por Anderegg em 1886.

Reunindo um total de 906 casos communicados a the Britih medical Association ao Congrés de Cirurgie français e tiradas a diversos autores, o professor Duplay encontrou o mesmo numero em 1888. Kocher em 1889, sobre 42

operações accusa 4 mortes, o que equivale a 9,5 % de mortalidade.

Estatisticas mais recentes publicam resultados ainda mais favoraveis.

E. Hahn de Friedrchshain, praticaram 51 curas radicaes com um insuccesso apenas.

Max Schede no mesmo numero de operações, teve apenas dois insuccessos.

Lucas Championniére em 1888 publicou a relação de 120 operações com um insuccesso apenas.

Bassini, sobre 216 casos registra apenas um insuccesso.

Barker em uma communicação feita a Royal medical and chirurgical Society, registra 50 operações sem insuccesso algum.

Richelot em 138 operados, conta dois insuccessos apenas. Nicoladoni teve um insuccesso em 100 operados. Buengnertere sobre 40 operados, mostra apenas 1 insuccesso. Rossander 1 sobre 239. A. Möller 1 sobre 40. Holsted, 165 sem insuccesso algum.

De todas as estatisticas, a mais importante é a de Lucas Championnière. Já em 1888 elle publicara, como já dissemos, uma estatistica de 120 casos com um insuccesso apenas. Em 1891 elle publicou outra estatistica de 250 casos com dois insuccessos apenas. Em 1893

publicou novas estatisticas com resultados os mais brilhantes

Julgamos assim ter provado, embora de um modo succinto, a vantagem da cura radical da hernia inguinal, por meio da intervenção cirurgica.

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO 1.ª

G. B., com 52 annos, natural deste Estado, pardo, solteiro, bombeiro, deu entrada no Hospital em o dia 12 de Maio do corrente anno, indo occupar o leito n. 3 da Enfermaria de S. Luiz, onde funcciona a 2.ª cadeira de Clinica Cirurgica, de qual somos interno.

Examinado o doente pelo illustrado assistente desta clinica o Dr. Freitas Borja, este verificou tratar-se de uma hernia inguinal direita estrangulada.

Resolvida a intervenção immediatamente, procedeu-se a kelotomia a qual foi seguida de cura radical pelo processo de L. Championnière, observando-se todos os cuidados de asepsia e antisepsia, tendo corrido a operação satisfatoriamente.

Foi feita a sutura musculo-aponevrotica com o catgut, sendo realizada a sutura da pelle com crina de Florença.

Depois da intervenção ficou o doente em repouso durante 18 dias, alimentando-se nos 10 primeiros dias, de leite unicamente.

Deu-se a cicatrisação por primeira intenção em 5 dias.

O doente sahiu do Hospital no dia 11 de Junho completamente curado.

OBSERVAÇÃO 2.ª

J. A. S., com 60 annos, casado, natural deste estado, operario, deu entrada no hospital no dia 12 de Junho do corrente anno, indo occupar o leito n. 12 da enfermaria de S. Luiz onde funcciona a 2.ª cadeira de Clinica Cirurgica sob a direcção do Dr. Braz do Amaral.

Feito o exame do doente, verificou-se tratar-se de uma volumosa hernia inguinal direita estrangulada.

O Dr. Freitas Borja fez a reducção por kelotomia, seguindo-se a cura radical pelo processo, de L. Championniére. A operação correu perfeitamente.

A cicatrização fez-se por primeira intenção em 6 dias.

Foi-lhe prescripta a dieta lactea.

Este doente sahiu completamente curado no dia 15 de Junho do corrente anno.

OBSERVAÇÃO 3.ª

E. J. S. com 58 annos, pardo, solteiro, embarcadiço, natural do estado de Sergipe, entrou para o hospital em o dia 28 de Maio do corrente anno, sendo internado na enfermaria S. Luiz onde funcciona a 2.ª cadeira de Clinica Cirurgica, occupando o leito n. 5. Pelo exame feito no doente, ficou averiguado tratar-se de uma hernia inguinal esquerda estrangulada.

Foi feita a intervenção pelos Drs. Braz do Amaral e Freitas Borja os quaes procederam a kelotomia seguindo-se a cura radical pelo processo de L. Championniére.

O doente ficou em repouso durante 10 dias com dieta lactea.

No dia 1 de Junho fizemos o curativo nada notando-se de anormal, a cicatrisação tendo-se feito por primeira intenção.

O doente sahiu completamente curado no dia 25 de Junho.

OBSERVAÇÃO 4.ª

J. M. N. com 27 annos, preto, solteiro, natural deste Estado, embarcadiço, recolheu-se ao Hospital no dia 23 de Agosto do corrente anno, sendo internado em a enfermaria de S. Luiz, indo occupar o leito n. 38.

Examinado o doente pelo Dr. Freitas Borja, este diagnosticou hernia inguinal esquerda estrangulada.

Immediatamente resolvida a intervenção, foi o doente chloroformisado, depois do que começou a intervenção. Aberto que foi o sacco da hernia, o Dr. Freitas Borja verificou achar-se gangrenada uma alça do intestino, pelo que deliberou fazer a ressecção, sendo depois desta feita a anestomose termino-terminal do intestino.

Foi feita a cura radical pelo processo de L. Champion-

niére, sendo feita a sutura musculo-aponevrotica com o catgut, e a sutura da pelle com crina de Florença.

Depois da intervenção, o doente ficou em repouso, sendo submettido a dieta hydrica durante oito dias.

No dia seguinte ao da intervenção, o doente nada apresentava de anormal, o pulso regular, temperatura de 37°, temperatura esta que sempre se manteve durante o tempo que o observamos.

No dia 25 fizemos o primeiro curativo, nada notando-se de anormal.

A cicatrisação realisou-se por primeira intenção.

O doente continuou a passar perfeitamente, até o dia 21 de Setembro, dia em que retirou-se do Hospital completamente curado.

OBSERVAÇÃO 5.ª

J. H. B. com 23 annos, pardo, solteiro, natural deste Estado, carroceiro, recolheu-se ao Hospital no dia 29 de Setembro do corrente anno, indo occupar o leito n. 23 da enfermaria de S. Luiz, da qual somos interno.

Examinado este doente pelo digno assistente desta clinica o Dr. Freitas Borja, verificou elle se tratar de uma hernia inguinal direita estrangulada.

Foi immediatamente feita a reducção por kelotomia, seguindo a cura radical pelo processo de Lucas Championniére.

O doente ficou em repouso, sendo submettido a dieta lactea.

Fez-se a sutura musculo-aponevrotica com catgut, sendo feita a sutura da pelle com crina de Florença.

No dia 1 fizemos o primeiro curativo, nada havendo a notar.

A cicatrisação fez-se por primeira intenção, o doente sahindo completamente curado no dia 20 de Outubro do corrente anno.

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas

PROPOSIÇÕES

PRIMEIRA SECÇÃO

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

O canal inguinal está situado entre a arcada crural inferiormente, e uma linha ficticia dirigida da espinha illiaca antero-superior a linha alva abdominal, superiorménte.

II

E' dirigido obliquamente de cima para baixo, de fóra para dentro e de detraz para diante.

III

E' constituido por um trajecto e dois orificios: orificio inferior ou cutaneo, orificio superior ou profundo.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I

Os ganglios inguinaes superficiaes dividem-se em: internos, medios e externos.

II

Os ganglios inguinaes internos recebem os vasos lymphaticos superficiaes da parte interna da nadega, os

lymphaticos superficiaes do perineo e do anus, e os lymphaticos dos orgãos genitaes externos, nos dois sexos.

III

Os ganglios inguinaes medios recebem os lymphaticos superficiaes da metade sub-umbilical do abdomen; alguns entretanto, indo ter aos ganglios externos; estes recebendo sobretudo os lymphaticos superficiaes da metade externa da nadega.

SEGUNDA SECÇÃO

HISTOLOGIA

I

Os ossos são revestidos por uma membrana fibro-muscular chamada periosteo.

II

Esta membrana tem uma côr esbranquiçada, por vezes amarellada, brilhante, e variando de espessura segundo as regiões.

III

Representa esta membrana papel importante na regeneração dos ossos.

BACTERIOLOGIA

I

O bacillus anthracis e o germen responsavel pelo carbunculo.

II

E' um germen anaerobio, offerecendo grande resistencia aos meios bactericidas.

III

A sua resistencia augmenta consideravelmente, quando em estado de esporulação.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

Denomina-se tumor, todo tecido de neoformação com tendencia a persistir e a crescer indefinidamente.

II

Todo tumor em cuja constituição encontra-se cellulas adultas, é um tumor maligno.

III

O desenvolvimento rapido e a tendencia natural á generalisação, são dois signaes capitaes desta especie de tumores.

TERCEIRA SECÇÃO

PHYSIOLOGIA

I

Duas ordens de phenomenos concorrem para a realisação da funcção digestiva.

II

Phenomenos ou actos mecanicos, tendo por fim a mastigação dos alimentos, sua deglutição e sua passagem no tubo intestinal.

III

Phenomenos ou actos chimicos, tendo por fim dissolver ou transformar estes mesmos alimentos, de modo que possam ser absorvidos e utilisados pelo organismo.

THERAPEUTICA

I

O opio é o succo espesso extrahido das capsulas da Papaver somniferum album, pertencente a familia das papaveraceas.

II

E' geralmente empregado como sedativo do systema nervoso, analgesico, hypnotico, etc.

III

E' contra-indicado nos estados congestivos do systema nervoso central; nos estados adynamicos, nas affeções renaes, etc.

QUARTA SECÇÃO

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

I

A via estomacal é a communmente preferida nos envenenamentos.

II

Seus effeitos não são seguros.

III

Na maioria dos casos, o veneno provoca vomitos eliminando-se em grande parte.

HYGIENE

II

O abuso do alcool produz um estado conhecido em pathologia com o nome de alcoolismo, tendo como consequencia um envenenamento, que pode ser agudo ou chronico.

II

De consequencias assaz desastrosas é o abuso deste agente, pois que vae clandestinamente ceifando muitas vidas e degradando as raças.

III

A hygiene conhecedora desta verdade, determina regras que devem ser recommendadas, como se tem feito nos paizes cultos, afim de obstar a marcha deste mal.

QUINTA SECÇÃO

PATHOLOGIA CIRURGICA

I

Denomina-se hernia a sahida de uma viscera, de uma membrana, de um tumor, para fóra da cavidade na qual estas diversas partes se acham normalmente contidas.

II

A descripção de uma hernia, comprehende: o estudo das partes que envolvem as visceras, depois o exame destes proprios orgãos.

III

Os envolucros da hernia são constituidos de fóra para dentro pela pelle, o tecido cellular sub-cutaneo, e differentes planos musculares ou aponevroticos; a reunião destas camadas formam os envolucros externos da hernia.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

A laparatomia é uma operação que consiste na abertura da cavidade da grande sorosa, podendo ser media ou lateral.

II

A laparatomia quando é feita com todos os cuidados de asepsia, é uma operação sem gravidade.

III

Ella é indicada nos casos de extracção dos tumores da cavidade abdominal, nas occlusões intestinaes, nas feridas penetrantes e como meio de exploração.

CLINICA CIRURGICA (1.ª CADEIRA)

I

A hernia inguinal constitue um tumor cuja forma e dimensão differe segundo a variedade que se observa,

porem sempre se encontrando nella os caracteres principaes das hernias.

II

E' pois uma massa cujo volume augmenta sobre a influencia da tosse, de um esforço qualquer, em quanto que diminui no decubitos dorsal e por manobras de reducção.

III

Quando a hernia é muito desenvolvida a ponto do intestino descer em massa para as bolças, o escroto apresenta um aspecto caracteristico, representando um tumor arredondado, na parte superior do qual descobre-se uma depressão que não é outra coisa senão a abertura do penis: a pelle deste orgão parecendo ter sido englobada pela hernia.

CLINICA CIRURGICA (2.ª CADEIRA)

I

A hernia inguinal congenita, e de observação frequente.

II

Ella apresenta-se debaixo de multiplas formas.

III

Tem-se observado hernias inguinaes pro-peritoneaes, inguino-intersticiaes, funiculares, vaginaes, representando os gráos successivos da persistencia do canal vagino-peritoneal.

SEXTA SECÇÃO

PATHOLOGIA MEDICA

I

A filariose é uma molestia muito frequente nos climas inter-tropicaes, podendo se manifestar por diversos modos.

II

E' attribuida á filaria nocturna de Wucherer, além de outras manifestações, a elephantiases dos arabes.

III

Representa a prophylaxia papel importante no tratamento desta affecção, pois por este modo livramos a economia de hospedes que a perseguem constantemente.

CLINICA PROPEDEUTICA

I

Os principaes meios de diagnostico são : a inspecção a palpação e a auscultação.

II

Em algumas molestias a auscultação só, é bastante para firmar o diagnostico.

III

A auscultação pode ser mediata ou immediata ; a primeira sendo realisada por meio do stetoscopio.

CLINICA MEDICA (1.ª CADEIRA)

I

Denomina-se febre remittente biliosa, remittente amarella, hematurica biliosa, uma molestia infectuosa, aguda, caracterisada por um processo hemolyptico intenso e subito.

II

E' caracterisada por paroxismos febris irregulares, seguidos de calefrios, vomitos biliosos, ictericia, e hemoglobinuria.

III

Sua frequencia onde existe a malaria, seu predominio nas pessoas que soffreram de impaludismo, a presença dos parasitas responsaveis por esta molestia no sangue e nos orgãos dos individuos atacados, justificam a opinião que admitte sua origem malarica.

CLINICA MEDICA (2.ª CADEIRA)

I

São tres as principaes formas clinicas do beriberi: a paralytica, a edematosa e a mixta.

II

A theoria que diz ser o miasma palustre a causa productora deste mal, é completamente insustentavel.

III

A mudança de localidade é a principal condição para o tratamento desta affecção.

SETIMA SECÇÃO

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

As incompatibilidades medicamentosas são causa de frequentes erros na pratica da arte de formular.

II

Existe, segundo Dujardin-Beaumetz, quatro especies de incompatibilidades: physica, pharmaceutica, physiologica e chimica.

III

A incompatibilidade chimica, é de todas as incompatibilidades, a que dá lugar a maior numero de erros.

HISTORIA NATURAL MEDICA

I

Os monerios são micro-organismos extremamente simples, pertencentes ao reino dos protobios ou protistas.

II

Nutrem-se por absorpção das particulas alimentares levadas pelos liquidos em que vivem, ao contacto de sua peripheria.

III

A nutrição e a respiração nestes micro-organismos, são verdadeiros phenomenos de endosmose e exosmose.

CHIMICA MEDICA

I

O nitrato de prata é um sal resultante da substituição do acido azotico pelo radical prata, sendo sua formula Ag. Az O3.

II

Prepara-se este sal, fazendo reagir prata metallica sobre o acido azotico.

III

O nitrato de prata é muito empregado em ophtalmologia nas conjunctevites, mui principalmente na granulosa.

OITAVA SECÇÃO

OBSTETRICIA

I

Versão é operação por meio da qual o feto evolue na cavidade uterina, dando em resultado a mudança da apresentação.

II

Ella é feita por manobras externas, internas e mixtas.

III

Denomina-se versão cephalica aquella em que a cabeça fetal é levada para o estreito superior; podalica quando são as nadegas que tomam esta posição.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I

A prenhez extra-uterina é o desenvolvimento do ovulo fecundado fóra da cavidade uterina.

II

A prenhez ectopica é ainda de causa um tanto obscura.

III

Na prenhez ectopica o meio therapeutico que offerece mais vantagens, é a laparotomia seguida da ablação do feto e de seu sacco.

NONA SECÇÃO

CLINICA PEDIATRICA

I

Observa-se mui frequentemente a meningite tuberculosa nas crianças de 2 a 7 annos.

II

E' quasi sempre acompanhada de tuberculose pulmonar ou abdominal.

III

E' hereditaria como são quasi sempre todas as manifestações da tuberculose.

DECIMA SECÇÃO

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I

A ophtalmia dos recemnascidos é uma inflammação de caracter especial da conjunctiva occular, que apparece logo após o nascimento.

II

Quasi sempre a ophtalmia é de natureza blenorrhagica, sendo devida ao gonoccoco de Neisser.

III

Sob qualquer forma que se apresente esta molestia, devemos tratal-a seriamente desde o seu apparecimento, pois pode trazer graves consequencias, quando tardiamente cuidada.

DECIMA PRIMEIRA SECÇÃO

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I

Como causa frequente do contagio da syphilis salienta-se principalmente o commercio sexual.

II

Em muitos casos ella pode se transmittir por um contagio accidental.

III

Como exemplo da syphilis accidental, salientando-se a do medico qne pode ser infeccionado quando no exercicio de sua profissão.

DECIMA SEGUNDA SECÇÃO

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I

A hysteria é uma nevrose mais frequentemente observada na mulher do que no homem.

II

Debaixo de differentes modalidades ella se apresenta, tendo duas formas principaes, uma convulsiva e outra não convulsiva.

III

Pode simular um grande numero de estados pathologicos.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 31 de Outubro de 1910.

O Secretario
Dr. Menandro dos Reis Meirelles.